Lane Medical Library

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten
der Universität München.
(Stellvertret. Direktor: Prof. Dr. A. Poehlmann.)

STANFORD UNIVERSITY
JUN
20
1938
LIBRARY

Die Rezidivhäufigkeit der verschiedenen operativen Behandlungsmethoden bei tuberkulösen Hauterkrankungen insbesondere beim Lupus Vulgaris.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde der Medizin

verfaßt und der

medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität

zu München

vorgelegt von

Hans Dörpinghaus

Saaz in Böhmen (CSR).

Buch- und Kunstdruckerei Wilh. Postberg, Bottrop i. W.

1937.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Referent: Prof. Dr. Moncorps.

Inhaltsübersicht.

Seite

I. Einleitung 1

II. Die Behandlung des Lupus vulgaris mit Diathermie . . 3

III. Die Behandlung des Lupus vulgaris mit Galvanokaustik 6

IV. Die Behandlung des Lupus vulgaris mit Excochleation 9

V. Die Behandlung des Lupus vulgaris mit Totalexstirpation und plastischer Deckung 14

VI. Literaturnachweis 24

Kasuistik von 339 Fällen in Kartothekform in Münchener Hautklinik zur Einsichtnahme.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153302_0023

Einleitung.

Die verschiedenen Behandlungsmethoden des Lupus vulgaris haben in den letzten Jahrzehnten jeweils wechselnde Bewertung erfahren. Hinsichtlich der Methodik kann man zwei Gruppen unterscheiden.

1. Konservative Heilmethoden, wie Röntgenbestrahlung und Diätbehandlung,
2. Operative Heilmaßnahmen: Exstirpation ohne und mit nachfolgender Plastik, Excochleation sowie Diathermiebehandlung (Elektrokoagulation und Schlingenoperation).

Im ersten Jahrzehnt dieses Jahrhunderts stand die Lupustherapie besonders unter dem Eindruck der von Finsen angegebenen Methode. Ihr gegenüber treten die kaustischen Verfahren aller Art stark in den Hintergrund. Ja selbst die operativ-plastischen Behandlungsmethoden Lang's drohten in den Schatten gestellt zu werden. Die operativen Erfolge von Lang müssen nach dem damaligen Stande der plastischen Chirurgie nach der ästhetischen Seite hin als ausgezeichnet bezeichnet werden. Man könnte fragen, warum denn diese Methode, die nach der ästhetischen und therapeutischen Seite hin gute Erfolge gezeigt hat, nicht grundsätzlich in jedem operativen Fall angewandt wird. Sowohl die ältere von Lang geübte Technik, wie auch die neueren Verfahren mit freier Cutislappenverpflanzung, mit Stiel-, Wende-, Rotationslappen oder Verschiebung nach gewissen Methoden setzt ein nicht geringes Maß von chirurgischem Können und besonders von räumlich-plastischem Vorstellungsvermögen voraus. Ueber dieses Können sollte zwar jeder Lupustherapeut verfügen, doch verfügt eben in Wirklichkeit nur ein kleiner Teil hierüber. So ist es erklärlich, daß andere, operatives Geschick nicht in diesem Maße voraussetzende Methoden der chirurgisch-operativen Lupusbehandlung den Rang abliefen, zumal sehr beachtliche Erfolge auch mit entweder konservativen oder technisch einfacheren Methoden zu erzielen sind.

Ziel jeder Lupusheilbehandlung muß stets die restlose Entfernung, Zerstörung bzw. Abstoßung des lupösen Gewebes sein. Hierbei muß aber nach der ästhetischen Richtung hin Rücksicht geübt werden. Die Plastik soll nach Möglichkeit ein struktuell der Norm nahekommendes Ergebnis zeitigen. Sie darf nicht zu narbigen Verziehungen z. B. zu Ektropium der Lider oder Lippen führen. Die nach anderen Eingriffen (Kaustik, Elektrokoagulation, Diathermieschlingenapparat) entstehenden Narben dürfen nicht zu schweren Entstellungen führen oder gar der Bildung von Neoplasmen (Carzi-

nom, Sarkom) Vorschub leisten. (Unzweckmäßige Röntgenbestrahlung).

Den in früheren Jahren gebräuchlichen, meist unblutigen Behandlungsmethoden ist es nur in den wenigsten Fällen gelungen, eine gute Dauerheilung zu erzielen und nicht viel besser waren die früher allgemein gebräuchlichen Verfahren, wie Auskratzung und Stichelung, die leider an hiesiger Klinik neben der Radikaloperation noch in vielen Fällen Anwendung fanden. Wohl die besten Erfolge erzielte neben der Totalexstirpation das relativ neue Verfahren der Diathermie, welche die Kaustik und Excochleation aus ihrer Stellung verdrängt hat.

Behandlung des Lupus vulgaris mit Diathermie.

Das Prinzip der Diathermiebehandlung besteht im wesentlichen darin, die Widerstandswärme, die ein Hochfrequenzstrom im Körper hervorruft, therapeutisch nutzbar zu machen. Der Vorkämpfer dieser Behandlungsmethode war Nagelschmidt, der bereits einen Apparat ohne Funkenbildung konstruierte. Dies ist um so wichtiger, da auch geringfügige Funkenbildung bei Allgemeinnarkose mit leicht flüchtigen Gasen zu Explosionen Anlaß geben kann, die verschiedentlich vorgekommen und in der Literatur des öfteren Erwähnung fanden.

Bei Anwendung einer lanzettförmigen Elektrode kann man das Gewebe nach Art eines schneidenden Messers durchtrennen, wobei kapilläre Blutungen sofort zum Stehen kommen. Auch wird eine Ausbreitung der Bazillen in den Lymphwegen dadurch verhindert. Bei ausgedehnten Fällen wird meist in mehreren Sitzungen diathermiert werden müssen. Die meist zarten Narben lassen sich durch Nachbehandlung mit 1%iger Pyrogallussalbe günstig beeinflussen.

Als Vorteile des Diathermieverfahrens wären seine zerstörende und gleichzeitig sterilisierende Wirkung zu nennen. Der größte Vorzug des Arbeitens mit dem „elektrischen Messer" und der Schlinge ist die geringe Blutung. Geeignet ist besonders die Wucherpfennig'sche Schlinge mit Knopf zur Blutstillung. Die Billigkeit des Verfahrens hebt besonders Salomon hervor.

Als Nachteil steht die Mitzerstörung des gesunden Gewebes gegenüber. Bei richtiger Technik kann man jedoch die Schädigungszone auf ein Minimum reduzieren. Die gelegentlich beobachteten Keloidbildungen sind kaum auf die Operationsmethode selbst zu beziehen, da der Nachteil hypertrophischer Narbenbildung jedem tuberkulösen Menschen anhaftet. Sie alle neigen nach operativen Eingriffen zu hypertrophischer Narbenbildung. Ueberdies werden die keloidartigen Narben mit der Zeit, etwa nach drei bis vier Monaten ästhetisch wesentlich besser. Das diathermische Operieren schützt auch nicht vor Recidiven, wie meine Statistik am Ende des Kapitels beweisen soll.

Eine spezielle Anwendung der Diathermie ist die Kaltkaustik mittels Forest'scher Nadel, die auf Funkenwirkung beruht. Diese Methode erscheint nicht zweckmäßig und birgt bei Allgemeinnarkose außerdem die Explosionsgefahr in sich.

Für Schleimhautkaustik leistet die Diathermie wohl die besten Dienste (Jacobi) und ist besonders dort wirksam, wo das Radium nicht verwendet werden kann (Arzt — Zieler).

Wucherpfennig hat die Verwendungsmöglichkeiten der Diathermieschlinge ausführlich beschrieben, die einfache Art der Anwendung und die Billigkeit des Verfahrens gezeigt und darauf hingewiesen, daß ein großer Teil der Lupusfälle so geartet ist, daß sie mit gutem Erfolge mittels elektrischer Schneidemethode behandelt werden können. Auch für die Zerstörung maligner Tumoren mittels Kaltkaustik treten zahlreiche Autoren ein, besonders wenn dieses Verfahren mit nachfolgender Röntgenbestrahlung kombiniert wird (Hombria und Soto, Noguer, Werther).[1])

Zahlreiche andere Autoren haben sich für die Diathermieschlinge eingesetzt unter anderen Marjan und Créhange.

Bermann hebt die Schmerzhaftigkeit des Verfahrens hervor, hat jedoch gute therapeutische Erfolge zu verzeichnen. Ivanov läßt die Recidivfrage der Kürze der Beobachtungszeit wegen offen.

Poyet betont die Vorteile gegenüber der Galvanokaustik, wobei er darauf hinweist, daß bei dieser Atresien der Nase vorkommen, sowie Obliterationen der Nasengänge und häßliche Narbenbildungen. Verfasser berichtet über günstige Resultate, besonders bei isoliert stehenden Knötchen.

Ferner hat Kalina sehr günstige Resultate über Diathermie zu verzeichnen. Seine Arbeit umfaßt 73 Krankheitsfälle, wobei er in 75 % der Fälle Heilung angibt, während noch weitere 20 % fast ganz wieder hergestellt wurden. Auch er weist auf die Billigkeit sowie auf die einfache Durchführung — auch ambulant — hin, ohne daß speziell chirurgische Kenntnisse notwendig wären und würdigt auch die besonderen Vorzüge für die Schleimhautbehandlung.

Videbe berichtet über 383 mit Elektrokoagulation behandelte Fälle von Lupus vulgaris. Bei 27 Fällen blieben im Operationsfeld noch tuberkulöse Herde zurück. Laut Bericht wurden 160 geheilt, 27 gebessert entlassen und 6 blieben durch die Therapie unbeeinflußbar. Unter den Geheilten befinden sich allerdings 40 Patienten, bei denen die Operation erst zwei Monate zuvor ausgeführt wurde.[2]) Die Vorteile sieht der Verfasser in der Kürze der Behandlungsdauer und in der Blutlosigkeit des Verfahrens. Eine Verbreitung der Infektion von den behandelten Stellen aus wurde nicht beobachtet.

Immencamp hält die Diathermie bei Zahnfleischlupus für angebracht und rät, um weiterer Verbreitung vorzubeugen, verdächtiges Gewebe bis 5 cm im Gesunden zu entfernen. Auch größere von Periost und Schleimhaut entblößte Stellen seien ohne Bedeutung. Als Nachbehandlung wird Jodoformgaze empfohlen.

Bordier setzt sich besonders bei Formen des Lupus vegetans für Diathermiebehandlung ein. Als Nachbehandlung wurden Pasten mit kolloidaler Jodstärke oder mit Thymol angewendet.

---

[1]) Nach Rich. Volk: Die Tuberkulose der Haut, S. 554 Abs. 1. Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.

[2]) Diese Fälle sind also in der Statistik nicht zu verwerten.

Jedoch empfiehlt sich auch bei der Diathermie das Verfahren zu kombinieren, nach Cumberbatsch besonders mit Höhensonne.

An hiesiger Klinik wurden innerhalb der Berichtsjahre, d. i. in den Jahrgängen 1916 bis einschl. 1933 43 Patienten mit Diathermie bzw. Elektrokoagulation und Kaltkaustik behandelt. Zwei Patienten mußten durch die Therapie unbeeinflußt, 33 konnten gebessert und 8 geheilt entlassen werden. Für eine Statistik betreffs Auftretens von Recidiven eignen sich jedoch nur 23 Fälle, da die übrigen Patienten gleichzeitig mit Exochleation behandelt wurden.

Auch ein maligner Tumor auf dem Boden eines Lupus vulgaris wurde durch Kaltkaustik entfernt. (Op. f. 77.) Eine Revision nach 4 Jahren ergab jedoch Metastasen von großer Ausdehnung, so daß Patient nach neuerlicher Operation in Chirurgischer Klinik zum Exitus kam. Einige Autoren schreiben den Carzinomen auf dem Boden eines Lupus besondere Malignität zu. Jungmann kann dieser Auffassung nicht beipflichten, da er seine Ca-Fälle lange Zeit recidivfrei beobachten konnte. Bei unserem Falle wollen wir, da eine persönliche Stellungnahme wegen des frühen Operationszeitpunktes (1929) nicht möglich ist, die Frage offen lassen.

Da, wie schon erwähnt, die Kaltkaustik meist mit anderen Methoden kombiniert wurde, ist es auch unmöglich, zu der Frage, inwieweit die Vorzüge, welche die oben angeführten Autoren der Diathermie zuschreiben, Stellung zu nehmen. Es kann nur hervorgehoben werden, daß die Patienten mit ausschließlicher Diathermiebehandlung nach etwas kürzerer Zeit entlassen werden konnten als die mit Kaustik und Excochleation behandelten. Vielleicht jedoch ist diese kürzere Behandlungsdauer nur darauf zurückzuführen, daß die Herde kleiner waren, da größere Herde fast durchweg in Ergänzung excochleiert wurden.

Die Untersuchung der 23 meist an mehreren Herden operierten Patienten hatte folgendes Ergebnis: Recidive wurden festgestellt bei:

3	Herden	nach 1	Monat	(Op. f. 302, 313, 224)
1	Herd	„ 2	Monaten	(316)
2	Herden	„ 3	„	(302, 302)
1	Herd	„ 6	„	(216)
2	Herden	„ 10	„	(311, 311)
1	Herd	„ 1	Jahr	(301)
1	„	„ 15	Monaten	(311)
1	„	„ 8	Jahren	(101)
1	„	„ 4	„	(77)

Das sind Recidive in 13 Herden bei 8 Patienten, also in 34,7 % der Patientenzahl in einer Kontrollzeit von 5 Jahren. In allen Fällen handelte es sich um Lupus vulgaris. Der Herd lag in fünf Fällen im Bereich der Nase, in vier Fällen an der Wange. Lippen und Ohren waren bei je 2 Patienten befallen. Gaumen und Handgelenk wiesen in je einem Fall Herde auf. Bei 2 Patienten erreichte der Herd Handtellergröße.

Die Behandlung des Lupus vulgaris mit Galvanokaustik.

Durch die Diathermieschlinge ist, wie schon erwähnt, die Behandlung lupöser Herde mit dem Thermokauter oder Paquelin in den Hintergrund gedrängt worden, da die Diathermie wesentlich bessere Resultate brachte als die Methoden der Kaustik und diese eigentlich überflüssig geworden sind.

Bei der Zerstörung der Gewebe durch Kaustik wird bei einer Temperatur von ungefähr 1500 Grad eine Verkohlung, d. h. eine Verbrennung 3. Grades zu therapeutischen Zwecken gesetzt, wobei aber der schnell entstandene Schorf dem Operatur die Uebersicht über sein Operationsfeld nimmt. Jenseits dieses Schorfes bleibt tuberkulöses Gewebe stehen, da verkohltes Gewebe ein schlechter Wärmeleiter ist und das Eindringen der Wärme hindert, andererseits wird gesundes Gewebe mit zerstört, da die Methode jeglicher elektiver Wirkung entbehrt.

Mit dem Paquelin kann man unmöglich in einem ausgedehnten Herde alle Knötchen entfernen und außerdem entspricht das an der Oberfläche sichtbare Lupusknötchen meist keineswegs seiner Ausbreitung in der Tiefe und der therapeutische Erfolg reicht nur so weit, wie der keilförmige Substanzdefekt anzeigt (Volk — Lewandowsky). Noch weniger ist es möglich, einen ausgedehnten Herd durch eine multiple Stichelung zur Heilung zu bringen, da fast regelmäßig einzelne Stellen zwischen den gestichelten Ausgangspunkt einer neuen Recidive sein können.

Zahlreiche Autoren stellen fast einstimmig die Kaustik als denkbar schlechteste Behandlungsmethode des Lupus hin und weisen sie als veraltet zurück, da sie mehr Schaden anrichtet als sie nützt, häufige Recidive bringt und obendrein oft keloidartige Narben verursacht.

Arzt — Zieler weisen in ihrem Lehrbuche darauf hin, daß die Stichelung nur vorübergehenden Nutzen bringe, da sie örtliche und allgemeine Ausbreitung der tuberkulösen Erkrankung in sich schließe. Auch eine Auskratzung mit Paquelinisierung oder Diathermie zu kombinieren sei nicht empfehlenswert. Hier sei zwar eine Verschleppung weniger zu fürchten, aber durch die starke Narbenbildung sind überbleibende Reste der weiteren Behandlung sehr schwer zugänglich.

Auch Darier weist auf die Nachteile des Thermokauters wegen der Möglichkeit einer lymphogenen Aussaat hin.

Jungmann hat oft bei Paquelinisierung eine dicke Narbenplatte entstehen sehen, welche die Tendenz hatte, sich zu verkleinern, wobei er feststellte, daß diese Narbenplatte, sofern sie in Augennähe saß, Anlaß zu einem Ektropium wurde oder bei Mundnähe eine Verengerung der Munspalte herbeiführte, so daß eine Stomatoplastik erforderlich wurde.

Der Galvanokauter, eine Methode, die vor wenigen Jahren noch als bestes Mittel für die Schleimhautbehandlung des Lupus gepriesen wurde, muß ebenfalls als veraltet zurückgewiesen werden, denn seine Leistungen können durch die Diathermie in viel besserer Weise erreicht werden. Er stellt nur einen Notbehelf dar, der hinter der Kaltkaustik weit zurückbleiben muß.

Kromaier empfiehlt eine ähnliche Methode: die Ignipunktur, d. h. eine kurzdauernde Einwirkung eines rotglühenden Spitzbrenners, wobei Stich neben Stich gesetzt wird. Er hebt die Vorzüge der Methode speziell für die Schleimhaut der Nase hervor. Das Instrument eignet sich schon deshalb für die Schleimhautbehandlung besonders, weil es gut in das Cavum der Nase eingeführt werden kann. Allerdings muß der oberflächliche Eingriff mehrmals wiederholt werden, wobei zwischen den einzelnen Sitzungen die Einführung eines Sublimattampons und Jodpinselung empfohlen wurden. Dennoch sind Recidive häufig und die Methode ist nur ein Notbehelf gegenüber der Diathermie.

Gaté J. und Pillon M. vertreten die Kauterisation bei kleinen und geeignet lokalisierten Herden sowie die Ignipunktur einzelner isolierter Knötchen, besonders solcher, die in der Umgebung des Herdes oder in der Narbe entstanden sind.

An diese Methoden reiht sich noch die von Holländer empfohlene Verschorfung des lupösen Gewebes mittels des von ihm angegebenen Heißluftapparates, die bisweilen günstige kosmetische Resultate liefert.

Während meiner Berichtszeit wurden 138 Patienten mit den verschiedenen Abarten der Kaustik behandelt.

Von diesen blieben 3 unbeeinflußt,
118 wurden gebessert und
17 geheilt entlassen.

Mit Kaustik allein wurden nur 23 Patienten behandelt, nur diese können daher für die Statistik in Frage kommen.

Dabei sahen wir Recidive nach:

1	Monat	in	3	Fällen	(Op. f. 170, 278, 232)
2	Monaten	„	2	„	(270, 308)
3	„	„	3	„	(232, 251, 262)
4	„	„	1	Fall	(251)
5	„	„	1	„	(151)
6	„	„	2	Fällen	(184, 225)
8	„	„	1	Fall	(198)

10	Monaten	in	1	Fall	(96/244)
1½	Jahren	„	1	„	(251)
3	„	„	1	„	(251/311)
3½	„	„	1	„	(282/313)
4	„	„	1	„	(187)

Das sind Recidive in 18 Herden bei 15 Patienten, was wiederum auf die Zahl der Patienten bezogen einem Hundertsatz von 65,5 entspricht, in einem Zeitraum von 4 Jahren.

Die Behandlung der Lupus vulgaris mit Excochleation.

Von den älteren Behandlungsarten wäre noch die im Jahre 1870 von Volkmann eingeführte Excochleation, die Auskratzung des Herdes mit dem scharfen Löffel zu nennen. Es ist die Methode, gegen die fast alle Autoren eingestellt sind (u. a. Veiel, Blaschko, Jacobi, Bardiner, Volk, Arzt, Zieler) und die fast einstimmig als veraltet und schädlich aufgegeben werden sollte. Die Exochleation eröffnet die Blut- und Lymphbahnen und bereitet der Ausbreitung der Tuberkelbazillen neue Wege vor. Recidive in der Umgebung der Behandlungsstelle beweisen dies zur Genüge.

So hebt Darier die unsicheren und unbefriedigenden Resultate hervor und weist auf die Möglichkeit der lymphogenen Aussaat des Virus hin.

Auch Volk verwirft die Excochleation eindeutig, da sie auch zur Destruktion des gesunden Bindegewebes führt.

Doch noch viel schlimmere Folgen, so einige tuberkulöse Meningitiden mit tödlichem Ausgang hat Veiel entstehen sehen und er weist darauf hin, daß, wenngleich dieser Fall auch selten sei, doch die Möglichkeit solcher Ereignisse nicht zu unterschätzen sei. Auch Doutrelepont berichtet uns von einem ähnlichen Fall und bestätigt Veiels Besorgnis.

Wir haben in einem Falle nach einer Excochleation eine Sepsis erlebt, die mit einem Exitus endete, wobei aber leider aus dem Krankenblatt nicht hervorgeht, ob diese einzig auf die Excochleation zu beziehen war, oder ob eine interkurrente Krankheit der Anlaß zur Sepsis wurde (Op. f. 333).

Es besteht kein Zweifel darüber, daß eine ausschließliche Behandlung mit Excochleation nicht zum Ziele führen kann, so daß in fast allen Fällen eine Kombination mit Pyrogallus, wie Nagelschmidt vorschlägt, durchgeführt wurde. Dieses geschah meist in der Verabreichung einer 10 % Pyrogallussalbe, die dann später in milderer Konzentration appliziert und schließlich in Borsalbenverbände umgewandelt wird. Außerdem hat Pyrogallol auch die Eigenschaft, die unschönen hypertrophischen Narbenbildungen zu verhindern, die bei Excochleation besonders häufig aufzutreten pflegen.

Einige Autoren setzen sich merkwürdigerweise für die Auskratzung ein, so Scholtz, der ihr eine elektive Wirkung beimißt und behauptet, nur das morsche Gewebe werde zerstört, während

das gesunde Bindegewebe Widerstand leiste. Er betont die Zweckmäßigkeit der Excochleation besonders bei hypertrophischen Formen des Lupus. Nach seiner Erfahrung ist das Verfahren unbedenklich. Anschließend wird auch Pyrogallolbehandlung vorgeschlagen.

Wenn die Lokalisation des Herdes eine Totalexstirpation nicht in Frage kommen läßt, empfiehlt auch Grouven die Anwendung des Volkmann'schen Löffels mit nachfolgender Kauterisation zur Vermeidung der Gefahr einer Verschleppung des Virus auf dem Lymphwege.

P. François und L. Dekeyser sind nicht gegen die Auskratzung eingestellt. Sie behaupten, man könne sie erfolgreich anwenden, wo das Aussehen der Narben keine Rolle spielt; die Behandlung sollte aber durch chemische Aetzmethoden vervollständigt werden. Als diese kommen Pyrogallus, Salizyl, Kreosot, Arsenpaste und Kaliumpermanganat in Frage.

Joseph verteidigt den gegen die Excochleation erhobenen Einwand, daß man durch die Freilegung der Blutgefäße eine tuberkulöse Selbstinfektion beschleunigen könne.

Die Excochleation wird jetzt noch von manchen als vorbereitende Methode angewendet, so bei ulcerierenden Lupusherden und schwammigen Granulationen. Es fällt jedoch nicht schwer, eine Methode zu verlassen, die keinerlei Vorteile bietet und die durch die therapeutischen Fortschritte der letzten Zeit überholt worden ist.

Eine ähnliche Methode, die in hiesiger Klinik in keinem einzigen Falle Anwendung fand, ist die multiple Skarifikation des Lupus (Veiel, Vidal und Brocq), die wiederholte Setzung linearer, in zwei Ebenen geführter Schnitte durch den infiltrierten Herd, eine Methode, die besonders in Frankreich viel durchgeführt wird. Zweifellos kann man mit dieser Methode kosmetisch günstige Resultate erzielen. Sie eignet sich besonders für die oberflächlichen, trockenen Formen des Lupus und muß in kurzen Zeitabständen wiederholt werden. Doch hat auch sie den Nachteil häufiger Recidiven, ist mit großer Schmerzhaftigkeit verbunden und äußerst langwierig, wobei auch hier Autoren für eine kombinierte Behandlung mit Pyrogallus und anderen Aetzmitteln eintreten (Finger).

Von Nikolas wurde diese Behandlungsart besonders mit nachfolgender Aetzung mit 30% alkalischer Chlorzinklösung angegeben.

Obwohl alle diese Methoden, wie Kaustik und Excochleation, kombiniert mit der Applikation ätzender Flüssigkeiten noch viel zur Lupusbehandlung verwendet werden, so haben sie doch „ausgedient", wie Jungmann so treffend sagte und „wir sind überzeugt, daß früher oder später alle diese Verfahren ganz allgemein verlassen werden dürften".

Trotz unzähliger Beweise der Schädlichkeit der Operationsmethode wurde die Excochleation in den Berichtsjahren in nicht weniger als 189 Fällen angewendet.

Von diesen mußten

10 durch die Behandlung unbeeinflußt entlassen werden;
148 konnten gebessert und nur
28 als geheilt die Klinik verlassen.

Bajohr in seiner Arbeit über „Heilungsaussichten des Lupus vulgaris nach Excision des Herdes", bei der er ebenfalls das Material der Münchener Hautklinik entnahm, stellte bei 163 mit Excochleation behandelten Fällen 78 Recidive fest, das entspricht einem Hundertsatz von 47.

Ich fand bei der Kontrolle sämtlicher Fälle ein etwas schlechteres Resultat bei Excochleationsbehandlung, nämlich 159 Recidive bei 99 von insgesamt 189 Fällen, d. s. 53,2 % Recidive, wobei allerdings ein Zeitraum von 10 Jahren verwertet wurde. Außerdem habe ich auch alle Fälle, die mit Excochleation und anschließender Kaustik behandelt wurden, hierher gerechnet, da ja meines Erachtens die Excochleation das wichtigere Verfahren darstellte und oft nur „nachgestichelt" wurde.

Vergleichsstatistiken über Excochleationsbehandlung gibt es verhältnismäßig wenig, wobei Steindl, Erlangen, 44,5 % angibt mit der Bemerkung, daß sich die Zahl wohl noch erhöhen dürfte, da die Behandlung vieler Patienten erst vor kurzer Zeit abgeschlossen wurde.

Statistische Zusammenstellung der aufgetretenen Recidive nach Excochleation des Lupusherdes.

Es traten demnach Recidive auf in:

25	Fällen	nach	1	Monat (Op. f. 109, 186, 187, 194, 202, 233, 242, 240, 227, 223, 228, 248, 258, 263, 264, 272, 279, 290, 291, 298, 299, 302, 306, 315, 316,)
17	„	„	2	Monaten (92, 98, 153, 187, 192, 200, 212, 227, 230, 231, 249, 253, 263, 287, 298, 309, 328.)
8	„	„	3	„ (106, 136, 231, 248, 248, 215, 229, 254.)
8	„	„	4	„ (133, 178, 216, 223, 231, 253, 263, 317.)
7	„	„	5	„ (200, 231, 248, 272, 287, 301, 339.)
7	„	„	6	„ (91, 141, 152, 192, 204, 326, 211.)
5	„	„	7	„ (65, 223, 241, 248, 312.)
9	„	„	8	„ (90, 91, 192, 223, 223, 238, 294, 321, 328.)
2	„	„	9	„ (133, 223.)
4	„	„	10	„ (11, 90, 231, 301.)
3	„	„	11	„ (261, 301, 238.)
23	„	„	1	Jahr (57, 83, 88, 88, 130, 146, 147, 153, 154, 156, 192, 223, 231, 241, 285, 299, 321, 321, 307, 307, 327, 327, 339.)
2	„	„	14	Monaten (76, 319.)
2	„	„	15	„ (72, 212.)
6	„	„	18	„ (56, 100, 133, 164, 223, 250.)

1	Falle	nach	21 Monaten	(241.)
12	Fällen	„	2 Jahren	(40, 82, 88, 106, 124, 159, 192, 216, 222, 238, 294, 263.)
2	„	„	2½ „	(44, 166.)
7	„	„	3 „	(128, 156, 192, 212, 230, 262, 266.)
4	„	„	4 „	(36, 230, 230, 298.)
2	„	„	5 „	(17, 285.)
2	„	„	5 „	(17, 285.)
2	„	„	6 „	(93, 97.)
1	Falle	„	11 „	(57.)

Das sind also, wie schon erwähnt, insgesamt 159 Herdrecidive bei 99 Patienten, also in 53,2 % der Fälle.

Bevor nun die Totalexstirpation des Herdes betrachtet werden soll, seien noch einige Worte zur Frage des Erysipels bei Lupus erwähnt. Bei unseren 339 Fällen traten in 37 Fällen Erysipele auf, also in fast 10 % der Fälle. Bei mehreren Patienten recidivierte das Erysipel häufig (Op. 178, 188, 231, 314, 323, 328) bei 1 Patienten nicht weniger als elfmal (Op. f. 88). Dabei konnte ich die Feststellung machen, daß die höchste Prozentzahl der Erysipele nach kaustischer Behandlung liegt, denn es trat in 17 Fällen Erysipel auf, d. s. 12,3 %. Bei 189 mit Excochleation behandelten Patienten traten 13 Erysipele auf, d. i. in 6,8 % der Fälle, während bei 43 mit Diathermie behandelten Kranken nur 2 Erysipele beobachtet werden konnten. Ohne chirurgische Therapie haben wir 14 Erysipelfälle gesehen, bei denen es ohne bestimmten Anlaß schon vor der operativen Behandlung des Lupus auftrat.

Erysipel nach:

Kaustik	(Op. f. 82, 88, 102, 102, 157, 178, 189, 210, 221, 222, 259, 275, 278, 283, 298, 302, 318.)
Excochleation	(Op. f. 88, 88, 120, 141, 151, 157, 254, 291, 315, 318, 323, 326, 326.)
Diathermie	(Op. f. 82, 318.)
Totalexstirpation	(Op. f. 52, 139.)

Die weitaus beste Prozentzahl weist also die Totalexstirpation auf, bei der wir nur in 2 Fällen ein Erysipel beobachteten, d. i. in 1,4 % der Fälle.

Der Ablauf des Erysipels hat im Wesentlichen den Heilerfolg nur etwas verlangsamt, da meist die Operation wegen der Reizsetzung vermieden werden und an ihre Stelle eine langwierige Salbentherapie treten mußte. Einen Exitus durch Erysipelas migrans haben wir gesehen, wobei sich das Erysipel über den ganzen Körper fortpflanzte. (Op. f. 94.)

Nie jedoch haben wir eine ausschlaggebende Besserung nach einem Erysipel beobachten können, wie Balzer und Clément Simon, die eine wenn auch nur vorübergehende Besserung des Lupus nach Erysipel gesehen haben.

Miliau und Launay sahen nach Ueberstehen eines Gesichterysipels sowie eines Typhus deutliche Besserung des Lupus vulgaris und auch Scomazzoni hat einen ähnlichen Fall geschildert.

Gouderot und Filliol sahen dagegen dreimal Verschlimmerung eines Lupus nach Erysipel, wobei bei jedem Erysipelschub zahlreiche neue Lupusherde auftraten.

Die Behandlung des Lupus vulgaris mit Totalexstirpation und plastischer Deckung.

Schon vor langer Zeit ist die Behandlung des Lupus durch operative Entfernung des Krankheitsherdes geübt worden, so schon im Jahre 1849 von Hoppe, wenn auch nur für kleinere Herde. Von der stattlichen Anzahl der Autoren, die auf diesem Gebiete gearbeitet haben, seien nur einige schon gleich hier erwähnt, wie Jarisch, Arzt, Zieler, Darier, v. Zumbusch, Grouven, Moure, Louste, Thibaut, Salomon, Smith, Handley, Morrow, Miller, Wirz u. a. m. Einer von ihnen verdient aber vor allen genannt zu werden: E. Lang. Er hat in unermüdlicher Arbeit der chirurgischen Therapie des Lupus die gebührende Stellung verschafft. Seit dem Jahre 1892 hat er Lupus durch radikale Exstirpation zu heilen versucht und ist so allmählich zu seinen glänzenden Ergebnissen gekommen, ohne jedoch das chirurgische Verfahren als alleiniges Heilverfahren zu preisen. Auch für die Vorzüge anderer Methoden hat er stets ein offenes Auge gehabt.

Das Ziel der chirurgischen Radikaloperation ist, den gesamten Krankheitsherd restlos zu entfernen. Eine zweite Aufgabe ist dann die Herstellung eines möglichst guten kosmetischen Effektes durch Deckung des Substanzverlustes.

Der Erfolg der Operation ist von zahlreichen Faktoren abhängig, so von Form und Verlauf des Lupus, von seiner Lokalisation und Begrenzung, von seiner Ausdehnung nach Fläche und Tiefe und schließlich vom Vorhandensein von Komplikationen an Schleimhaut und den darunterliegenden Organen. Auch ist selbstverständlich die Technik der Operation ein Hauptfaktor, der einen Großteil zum guten Erfolg jeder Operation beiträgt.

Für die Exstirpation eignen sich natürlich am besten plane, nicht ulcerierte Formen von Lupus vulgaris, während bei starker Geschwürsbildung wegen der geringen Asepsis bei der Operation unbedingt eine Vorbehandlung mit Röntgen oder eine Bestrahlung nach Finsen angebracht erscheint.

Weiter ist ein Stationärbleiben des Prozesses Voraussetzung zum Gelingen der Operation oder wenigstens ein Stillstand in den letzten Monaten, da sonst der Erfolg der Operation in Frage gestellt werden kann, selbst wenn weit im Gesunden operiert wird.

Jungmann schätzt nur etwa 30 % der zugehenden Lupusfälle für geeignet eine Exstirpation auszuführen. Auch Kro-

patsch nimmt 31 % an. An unserer Klinik wurden 15,5 % der zugehenden Fälle mit Excision behandelt.

Immerhin gibt es zahlreiche Fälle von Lupus, die durch ihre Lokalisation eine Radikaloperation unmöglich machen. So z. B. bieten Herde der Ohren, Lippen und der Nase manchmal keine Möglichkeit zu radikaler Entfernung, weil dadurch kein kosmetisch einwandfreies Resultat erzielt würde. Dagegen bildet der Lupus des Rumpfes und der Extremitäten wohl kaum Hindernisse, da die Deckung nach Thiersch keine großen Schwierigkeiten bereitet und das Resultat auf kosmetischen Erfolg keine wesentlichen Ansprüche erhebt. Die Excision ist auf jeden Fall die Methode, die vollständige Heilung in kurzer Zeit bringen kann.

Große Ausdehnung des Lupusherdes allein ist keine Contraindikation zu seiner radikalen Entfernung. Dies hat uns schon Lang bewiesen, der Herde von über Handflächengröße durch Totalexstirpation beseitigt hat. Ein Herd hatte die Ausdehnung 26 zu 11 cm; auch dieser Fall ist recidivlos geheilt. Allerdings wäre ein schlechter Ernährungszustand maßgebend, von einer solchen Operation Abstand zu nehmen und dies aus leicht begreiflichen Gründen.

Schwerer zu beurteilen ist die Ausdehnung der Herde nach der Tiefe, da diese meist nicht deutlich zu erkennen ist. Um zu bestimmen, wie weit man im Gesunden operieren soll, hat Klingmüller, Neisser und Scholtz die Anwendung von Alt-Tuberculin empfohlen, da die Lokalreaktion die Ausbreitung des Lupusherdes nach der Tiefe anzeigt. Durch die Gefahr der hämatogenen Aussaat erscheint jedoch die Reaktion zu diagnostischen Zwecken sehr gewagt.

Die Sicherheit der Operation erhöht sich selbstverständlich bei vollständiger Abtragung des Unterhautfettgewebes, wenngleich dieses auf Kosten des kosmetischen Resultates geschieht. Betreffs Mitentfernung des Fettgewebes sind die Autoren gegensätzlicher Meinung.

Volk und Lewandowsky sind für die Mitentfernung, um ganz sicher zu gehen, da doch im subcutanen Fettgewebe tuberkulöse Herde vorkommen (Jadassohn), die man sehr schlecht erkennen kann. Eine Drüse im Grunde des Operationsfeldes ist selbstverständlich mit zu exstirpieren.

Handley beginnt die chirurgische Fürsorge für den Lupuskranken schon in der Behandlung der erkrankten Lymphdrüsen und tritt für die Mitentfernung des subcutanen Fettgewebes ein. Das tiefliegende Lymphsystem sei aber zu erhalten und entsprechend weit im Gesunden zu operieren. Er vertritt den Standpunkt, daß Lupus und Carcinom auch ohne vorhergegangene Bestrahlung zusammen vorkommen können.

Auch Scholtz spricht sich dafür aus, daß an keiner einzigen Stelle tuberkulöses Gewebe zurückbleiben darf, da sonst eine rasch um sich greifende Recidive einzutreten pflegt. Verfasser setzt sich für die Mitexcision des gesamten subcutanen Fettgewebes ein und für die Excision des Herdes weit im Gesunden.

Scharfe Begrenzung des Lupusherdes ist eine Vorbedingung, um die Totalexstirpation des Herdes ausführen zu können. Daher sind Fälle mit Knötchenbildung am Rande sehr ungünstig, da sie ein Weiterschreiten des Prozesses auf dem Lymphwege verraten. Auch sind Fälle mit Uebergang des Herdes auf die Schleimhaut von der Operation auszuschließen, da diese durch Finsen- und Röntgenbehandlung oder Diathermie viel besser behandelt werden können.

Besteht ein Schleimhautlupus der Nase und außerdem ein Hautherd, so ist auf alle Fälle auf eine Ausheilung des Schleimhautprozesses hinzuarbeiten, da eine Exstirpation oder Plastik durch die Möglichkeit einer Verschleppung durch den Schleimhautherd in ihrem Erfolg sehr nachteilig beeinflußt werden kann.

Treten Komplikationen durch die darunterliegenden Organe auf wie Lymphknoten und Knochen, so ist meist ein großer chirurgischer Eingriff nicht zu umgehen. Doch hat hier die Röntgenbestrahlung die Chirurgie in den Hintergrund gedrängt. Eine vorübergehende Bestrahlung tuberkulöser Lymphdrüsen leistet bestimmt oft eine gute Vorarbeit für die Excision eines darüberliegenden Herdes.

Es empfiehlt sich daher, zunächst die Lymphome durch energische Bestrahlung zum Verschwinden zu bringen und den Lupus später nach Finsen zu behandeln oder ihn dann noch zu excidieren (Volk).

Nur durch lange persönliche Erfahrung ist es möglich, eine Technik zu erwerben, die zweifellos den größten Anteil am guten Gelingen jeder Operation hat. Auch der Indikationsstellung muß ihre gebührende Bedeutung beigemessen werden.

Als Narkose genügt in den meisten Fällen die von Schleich eingeführte lokale Infiltrationsanästhesie, die auch an unserer Klinik in den meisten Fällen angewendet wurde. Es wurde weit im Gesunden umspritzt und ¼ bis ½ % Novokainlösung verwendet. Bei ausgedehnten Herden und gutem Allgemeinzustand wurde auch manchmal der Aetherrausch oder die Allgemeinnarkose verwendet. In letzter Zeit wurde auch häufig die Evipannarkose angewendet, mit der Hövelborn besonders beim Arbeiten mit der Diathermieschlinge einige Versager aufzuweisen hatte. Die Operation mußte dann in Allgemeinnarkose mit den notwendigen Vorsichtsmaßregeln durchgeführt werden.

Sehr wichtig ist auch die Frage, in welcher Entfernung von der Herdgrenze die Excision durchgeführt werden soll, um möglichst die Zahl der Recidive einschränken zu können. Die mikroskopische Untersuchung lupöser Excisionspräparate zeigt uns, daß lupöses Gewebe noch an Stellen vorhanden sein kann, wo makroskospisch alles gesund zu sein scheint. Es gilt daher im allgemeinen die Regel, den Schnitt mindestens 1 cm vom Herd entfernt im Gesunden zu führen (Lang, Buschke, Urban, Volk, Lewandowsky).

Zieler und Jacobi empfehlen die gründliche Entfernung weit im Gesunden, ganz als ob es sich um einen malignen Tumor handeln würde.

Köhler hat bei stationären Fällen vorgeschlagen, nur die Ränder zentralvernarbter Herde zu entfernen. Sicher ist eine totale Excision dieser halbradikalen Methode vorzuziehen (Volk — Lewandowski).

Bei der Operation selbst ist peinlichst darauf zu achten, daß man das Operationsfeld bei der Naht nicht mit Instrumenten infiziere, die mit dem lupösen Gewebe in Berührung standen, da sie einer Recidivbildung nur allzuleicht Vorschub leisten können. Mehrmaliges Wechseln der Instrumente während der Operation ist daher dringend geraten (Zieler — Jacobi).

Unter den zahlreichen Autoren, die sich für die Radikaloperation einsetzen, sei noch die Stellungnahme Einzelner erwähnt.

Jarisch hebt hervor, daß die Exstirpation leider in schwer zugänglichen Fällen und an den Schleimhäuten ihre Grenzen finde.

Smith hält auch in fortgeschrittenen Fällen chirurgische Maßnahmen für angebracht, die bessere funktionelle und ästhetische Resultate geben.

Bei umschriebenen, durch äußere Infektion entstandenen Herden hält Grouven die Excision weit im Gesunden für die sicherste Methode.

Gaté und Pillon empfehlen nur bei geringer Ausdehnung des Herdes die Radikaloperation und wegen der Narbenbildung an dazu geeigneten Lokalisationen.

Louste und Thibaut sahen gute Erfolge der Excision mit Ausnahme gewisser Lokalisationen. Sie verweisen auf die Vorzüge vor anderen Methoden; sie sahen auch anscheinend weniger Recidive. Sie haben bei einfachem Wundverschluß ohne nachfolgende Deckung die besten Resultate erzielt und die besten Narben gesehen.

Auch Darier ist für die Totalexstirpation bei Lupus vulgaris, mit oder ohne Autoplastik. Es ist die Methode der Wahl beim Lupus der Extremitäten, des Rumpfes und des Halses, wenn die Ausdehnung nicht zu beträchtlich ist. „Leider muß man mit Recidiven rechnen, die durchaus keine Seltenheit sind."

Nach v. Zumbusch wird nur die Exstirpation des Herdes den Anforderungen gerecht, da sehr viele Fälle auf diese Art ohne große Schmerzen für den Patienten geheilt werden können und zwar in einer sehr kurzen Zeitspanne.

Auch die Autoren, die nicht von der Güte der Exstirpation überzeugt sind, seien hier erwähnt, so François und Dekeyser, die der Excision durch Sitz und große Ausdehnung Schranken setzen. Sie haben nur selten befriedigende Resultate gesehen, da die Excision häufig von Recidiven in der Narbe gefolgt war.

O'Donovan hält die Excision der Gesichtsherde wegen der häufigen Keloidbildung für contraindiziert, hält aber an Körper und Gliedmaßen den Eingriff für angezeigt, wobei die Nähte wegen der schlechten Heilungstendenz länger liegen bleiben sollen.

Die primäre Naht bei Gesichtsherden empfiehlt sich nach Möglichkeit in den praeformierten Hautfalten anzulegen, um die

Narbe möglichst zu verdecken und um größeren kosmetischen Ansprüchen gerecht werden zu können. Obwohl die Vereinigung durch primäre Naht die schönsten Narben liefert, ist es doch in ausgedehnten Fällen nicht zu umgehen, eine Deckung des Substanzverlustes durchzuführen.

Die Deckung der Defekte kann nach verschiedenen Methoden erfolgen, wobei in hiesiger Klinik die Transplantation von kleinen, die Papillarkörper enthaltenden Epidermisläppchen nach Thiersch stark in den Vordergrund trat. Es ist wohl die beste Methode der plastischen Deckung, selbst bei Mitentfernung des subcutanten Fettgewebes, da die Beobachtung gemacht wurde, daß die Thierschnarbe sich im Laufe der Jahre spontan hebt. Außerdem ist das Risiko bei Nichtanheilung der Läppchen keineswegs groß, da man die Transplantation ohne Schwierigkeit wiederholen kann (Volk). Oder man kann die Wunde spontan ausgranulieren lassen, was in unseren Fällen einigemal ohne Komplikationen geschah.

Der Verbandswechsel wurde gewöhnlich nach acht bis zehn Tagen durchgeführt. Bereits bei diesem ersten Verbandswechsel konnte ein Schluß auf die Heilungsdauer gezogen werden, die meist bereits in vierzehn Tagen nach Eingriff vollzogen und sich nur bei ausgedehnteren Herden über einige Wochen erstreckte. Allerdings zeigen Transplantationen nach Thiersch geringe Neigung zur Schrumpfung mit netzartiger Felderung.

Bei großen Herden ist es durchaus nicht notwendig, die Dekkung in einer einzigen Sitzung durchzuführen. Es können auch verschiedene Methoden zur Deckung eines großen Defektes herangezogen werden, so kann eine Thierschplastik eine Brückenplastik oder eine Plastik mit gestieltem Lappen vervollständigen helfen.

Die Entnahmestelle der Transplantate ist durchaus nicht gleichgültig, da z. B. ein aus dem Abdomen in die Hand verpflanzter Lappen bei zunehmender Adipositas zu unschönen polsterartigen Narben führen kann (Volk — Lewandowsky). .

Auch nach Deckung mittels ungestielten Lappens nach Krause sind schon sehr schöne Resultate bei Excision von Lupusherden erzielt worden, wie die Patienten von Lang beweisen, jedoch muß der Lappen um ein Drittel größer gewählt werden, um einer nachträglichen Schrumpfung vorzubeugen.

Die Braun'sche Pfropfung ist an bedeckten Körperstellen selbst bei größeren Defekten anwendbar, besonders bei solchen Fällen, wo das subcutante Fettpolster mitentfernt werden mußte.

Wie schon erwähnt, suchen Louste und Thibaut die Transplantation zu vermeiden und streben nur eine Vereinigung durch primäre Naht an.

Nobl hat auf gute Dauerheilung bei Thierschplastik hingewiesen. So trat bei einer Operation vor 25 Jahren mit Korrektion nach 2 Jahren wegen Recidiven am Rande kein neuer Nachschub auf.

Dupay — Dutemps berichten von einem nach Thiersch transplantierten Lupus des Augenlides, der 2 Jahre recidivfrei blieb.

Auch Grouven und Scholtz empfehlen die Transplantation nach Thiersch.

Reins berichtet von Recidiven im Transplantat und hält größte Zurückhaltung für die Indikationsstellung der Plastik bei Lupus vulgaris wegen der deprimierenden Recidiven im Transplantat für erforderlich. Doch v. Zumbusch macht darauf aufmerksam, daß bei richtiger Auswahl der Fälle die chirurgische Plastik Ausgezeichnetes leisten kann.

Moure bedient sich sekundär der Pfropfung und schlägt in der Zwischenzeit eine Heliotherapie vor, was jedoch die Heilungsdauer stark verlängert und die Methode wesentlich komplizierter gestaltet (Volk).

Der Grund des Auftretens von Recidiven ist vor allem in einem nicht genügend radikalen Vorgehen bei der Operation zu suchen, kann also durch zurückgebliebenes Gewebe verursacht werden. Seltener können sich auch einmal mikroskopisch kleine Herde im transplantierten, besonders aus der Nähe rotierten Hautlappen befinden (Buschke, Hartmann) oder von einer Neuinfektion einer aufgeflackerten Allgemeintuberkulose stammen, wie es uns Lang berichtet.

So fanden Dupay — Dutemps bei Ausführung von Autoplastiken in einem Falle von Gesichtslupus teils mit verpflanzten Hautstücken, teils mit gestielten Lappen, daß die gestielten Lappen bei Weiterschreiten des Prozesses mitergriffen wurden, während die frei transplantierten verschont blieben.

Payr legt bei Extremitätenlupus zu beiden Seiten des Herdes Parallelschnitte an und löst den Lappen stumpf von der Unterlage ab. Dabei soll sich das lupöse Gewebe durch Bindegewebe ersetzen. Der Lappen wird dann wieder zur Anheilung gebracht. Payr und Doutrelepont haben uns gute Erfolge mitgeteilt. Fabry mußte jedoch nach längerer Beobachtung seiner Fälle sein Lob zurücknehmen, da häufige Recidiven auftraten.

Selbstredend gehören Erfahrung und Technik dazu, in diesen Verfahren Gutes zu leisten. Wenn aber diese Voraussetzungen erfüllt sind, so ist bei richtiger Auswahl der zu behandelnden Fälle mit Bestimmtheit der Totalexcision die Anerkennung zu zollen, daß sie den höchsten Prozentsatz von recidivloser Heilung aufzuweisen hat. Die Schnelligkeit des Erfolges ist dabei nicht zu unterschätzen und darf in sozialer und ökonomischer Hinsicht nicht außer acht gelassen werden (Neißer, Volk).

Von Nachteil bei der Excision ist, daß der Schleimhautlupus nicht berücksichtigt werden kann. Darauf dürften auch die zahlreichen Recidive, die in der Umgebung von Schleimhautherden entstehen, zurückzuführen sein. Einige Autoren haben allerdings auch bei Schleimhautlupus die Totalexstirpation versucht, doch eingesehen, daß hier Strahlentherapie und andere Behandlungsarten mehr zu leisten vermögen.

In den letzten Jahren wurde auch die Verwendung des elektrischen Messers, sowie der Diathermieschlinge für Lupusexcisionen

vorgeschlagen (Wucherpfennig), da dadurch, wie schon erwähnt, eine Eröffnung der Lymphbahnen verhütet werden kann und kleinere Gefäße ohne Ligatur zum Verschluß gebracht werden können.

Schon seit der Jahrhundertwende liegen Statistiken über den Heilerfolg nach Exstirpation von Lupusherden der größeren Lupusheilstätten auf.

Langs und Jungmanns Statistik weist bis zum Jahre 1912 unter über 1000 nachkontrollierten Fällen nur 2—3 % Recidive auf und in der vorhergehenden Statistik von Lang, die Fälle bis zum Jahre 1905 umfaßt und die über 293 Fälle berichtet, traten bei nur 4 % Recidive auf. 157 Fälle konnten nach der Entlassung einer weiteren Beobachtung zugeführt werden, von denen 128 recidivfrei befunden wurden. Diese guten Resultate der operativen Behandlung des Lupus wurden auch durch die Statistiken anderer Dermatologen bestätigt, so von Buschke, der bei 17 Fällen nur ein Recidiv aufzuweisen hatte.

Volk berichtet von 418 Patienten, die an 550 Herden operiert wurden. Davon wurden 196 revidiert, von denen 12, d. s. 6,1 % Recidive zeigten. Auch konnten noch bei 8 Patienten die Recidive operativ beseitigt werden, so daß in 98 % Heilung erzielt wurde.

An der Münchener Dermatologischen Klinik wurden in den Berichtsjahren (1916—1933) 144 Excisionen ausgeführt, davon 33 Fälle mit anschließender Plastik.

Unter diesen 144 Lupuskranken waren:

78 weiblichen und
66 männlichen Geschlechtes.

Im Schulalter waren davon 44 Patienten.

Ueber die Dauer der Erkrankung bei den mit Radikaloperation Behandelten erfuhren wir folgende Daten:

Es waren erkrankt:

6	Patienten	seit	einigen	Monaten		
37	„	„	1	bis	5	Jahren
29	„	„	5	„	10	„
28	„	„	10	„	15	„
9	„	„	20	„	30	„
3	„	„	30	„	50	„
1	Patient	„	50	„	60	„

31 Patienten seit mehreren Jahren ohne genauere Angaben.

Bei unseren Patienten wurden zum Teil auch mehrere Herde exstirpiert. Lang berichtet einmal von 26 bei einem Patienten exstipierten Herden.

76 unserer Patienten wurden im Gesicht, meist an der Wange operiert, was besonders hervorgehoben werden muß, da einige Autoren gerade der Exstirpation im Gesicht enge Schranken setzen. Bis auf wenige Ausnahmen wurden, wie schon betont, unsere Excisionen und Plastiken in Lokalanästhesie durchgeführt.

Jungmann fand unter seinen 441 Operierten 6 Fälle mit Carzinombildung auf dem Boden eines Lupus vulgaris und gibt an, daß dieses Vorkommnis ziemlich häufig sei. Dem können wir beistimmen, denn wir sahen bei der Gesamtzahl der überhaupt zugegangenen Lupusfälle in den Berichtsjahren 7 Fälle von Ca in lupo, die allerdings bis auf 2 Ausnahmen (Op. f. 52, 77) auf die Chirurgische Klinik verwiesen wurden.

Von unseren 144 Patienten mußte einer nach der Operation die Klinik ohne Besserung verlassen. 38 wurden durch die Operation nur gebessert und 89 verließen geheilt die Klinik.

Wir hatten Gelegenheit 76 Patienten mit 87 durch Exstirpation entfernten Herden wiederzusehen, von denen die Mehrheit spontan die Klinik wieder aufsuchten. 15 Patienten konnte ich auf Benachrichtigung erreichen und einer Kontrolle zuführen, während der restliche Teil durch Adressenmangel oder Wohnungswechsel nicht erfaßt werden konnte.

Unter diesen Patienten sahen wir bei Revision recidivfrei:

1	Fall	16	Jahre	nach	der	Operation	(Op. f. 4)
1	„	15½	„	„	„	„	(49)
2	Fälle	15	„	„	„	„	(2, 56)
2	„	14	„	„	„	„	(57, 95)
2	„	13½	„	„	„	„	(74, 75)
1	Fall	12½	„	„	„	„	(81)
1	„	12	„	„	„	„	(6)
1	„	10½	„	„	„	„	(100)
1	„	10	„	„	„	„	(29)
1	„	9	„	„	„	„	(44)
1	„	8½	„	„	„	„	(110)
1	„	6	„	„	„	„	(115)
1	„	5¾	„	„	„	„	(118)
1	„	5½	„	„	„	„	(116)
1	„	5	„	„	„	„	(144)
3	Fälle	4	„	„	„	„	(1, 88, 123)
1	Fall	3½	„	„	„	„	(135)
7	Fälle	3	„	„	„	„	(11, 13, 82, 102, 124, 126, 133)
1	Fall	2¾	„	„	„	„	(18)
2	Fälle	2½	„	„	„	„	(89, 138)
4	„	2	„	„	„	„	(31, 40, 93, 140)
1	Fall	1¾	„	„	„	„	(92)
2	Fälle	1½	„	„	„	„	(94, 121)
1	Fall	1¼	„	„	„	„	(72)
1	„	1	Jahr	„	„	„	(83)
1	„	¾	„	„	„	„	(94)
2	Fälle	½	„	„	„	„	(61, 61)

Das sind 44 recidivfreie Herde bei 43 Patienten.

Bei weiteren 11 Patienten sahen wir kleine, meist nur erbsengroße Recidive:

In 1 Fall 9 Jahre nach der ersten Operation (Op. f. 5)
1 „ 8 „ „ „ „ „ (9)
1 „ 5 „ „ „ „ „ (24)
2 Fällen 2 „ „ „ „ „ (31, 99)
2 „ 1½ „ „ „ „ „ (20, 28)
1 Fall 1 „ „ „ „ „ (23)
1 „ ¾ „ „ „ „ „ (38)
2 Fällen nach einigen Monaten (108, 127)

Diese wurden durch neuerliche Excision entfernt und Dauerheilung erzielt.

In weiteren 37 Herden bei 33 Patienten traten Recidive auf:

In 2 Fällen nach 17 Jahren (Op. f. 3, 8)
1 Fall „ 14 „ (7)
1 „ „ 9½ „ (97)
1 „ „ 8 „ (27)
2 Fällen „ 6 „ (13, 30)
3 „ „ 5 „ (1, 17, 77)
4 „ „ 4 „ (10, 11, 37, 69)
4 „ „ 3 „ (11, 53, 101, 120)
1 Fall „ 2¾ „ (126)
1 „ „ 2 „ (90)
1 „ „ 1½ „ (106)
2 Fällen „ 1¼ „ (28, 44)
1 Fall „ 14 Monaten (76)
6 Fällen „ 1 Jahr (11, 28, 64, 78, 132, 139)
1 Fall „ 7 Monaten (91)
4 Fällen „ 6 Monaten (41, 61, 64, 65)
1 Fall „ 2 Monaten (73)
1 Fall „ unbestimmter Operationszeit (80)

Diese Recidive waren bei
10 Herden linsengroß
11 Herden münzengroß
5 Herden erreichten sie Handtellergröße und bei
3 Herden wurden sie als inoperabel im Krankenblatt verzeichnet (Op. f. 10, 27, 30).

Dauerheilung wurde also nur bei 54 Patienten von 76 kontrollierten Fällen beobachtet, also in 71 %. Dieses scheinbar sehr schlechte Ergebnis ist jedoch nur dadurch zu erklären, daß zwar alle Patienten mit Recidiven neuerlich in der Klinik erschienen, während bei den Dauergeheilten nach Adressenwechsel jede Revisionsmöglichkeit fehlte und diese auch nicht selbständig wiederkamen.

Würden wir darangehen, genau wie bei den übrigen Operationsmethoden eine Recidivstatistik zusammenzustellen und dabei nicht berücksichtigen, daß nur 76 Patienten einer Kontrolle unterzogen wurden, so kämen wir allerdings immer noch zu einer Recidivenzahl nach Totalexstirpation, die 22,9 % der Patientenzahl entspricht. Diese 22,9 Prozent wären aber die Mindestzahl der Recidiven, da ja in diesem Falle bei den nichtkontrollierten Patienten Dauerheilung angenommen wurde.

Ein vielleicht zu umgehender Fehler in der Therapie war, ohne im mindesten mir eine Kritik an den Methoden zumuten zu wollen, daß diese 37 Herdrecidive nicht in mehr Fällen durch neuerliche Excision entfernt wurden, was sicherlich oft bei münzengroßen Recidiven leicht ausführbar war. Fast durchwegs versuchte man diese durch kaustische Methoden oder Excochleation zur Ausheilung zu bringen, wobei nach kurzer Zeit neue Recidive auftraten. Dadurch sind also diese 33 Fälle für eine statistische Verarbeitung in diesem Kapitel unbrauchbar geworden.

Doch soll dieses verhältnismäßig schlechte Resultat nach Totalexstirpation uns nicht abschrecken. Im Gegenteil, wir haben gesehen, daß sie ja doch den größten Prozentsatz Dauerheilung erzielt, was besonders durch folgende Vergleichsstatistik der Recidive nach verschiedenen Operationsmethoden zum Ausdruck kommen soll.

Methoden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	14	15	18	21	Monate
Excochleation	25	17	8	8	7	7	5	9	2	4	3	23	2	2	6	6	Recidive
Kaustik	3	2	3	1	1	2		1		1						1	Recidive
Diathermie	3	1	2			1				2		1		1	1		Recidive
Totalexstirp.		1				4	1					6	1	2	1	1	Recidive

Methoden	2	2½	2	3	4	3	3½	4	5	6	8	9½	10	u. mehr Jahr
Excochleation	12	2				7		4	2	2			1	Recidive
Kaustik						1	1	1						Recidive
Diathermie						1		1						Recidive
Totalexstirp.	1			1		4		4	3	2	1	1	1	Recidive

Wir sehen hierbei, daß die Recidive bei Totalexstirpation in einem viel späteren Zeitpunkt eintreten und die Recidivzahl wesentlich niedriger liegt, als bei den übrigen Methoden.

Wenn wir nun bei unseren Kranken die erzielten Resultate in toto betrachten, so ist doch unbedingt das Kapitel mit einer kurzen Würdigung der Radikaloperation des Lupus zu schließen. Für alle anderen Behandlungsarten, die als Operationen bezeichnet wurden, weil chirurgische Instrumente dabei verwendet wurden, ist kein Platz mehr vorhanden in der modernen Lupustherapie.

Das größte Problem der Lupusbekämpfung aber wäre die rechtzeitige Erfassung aller Kranken und eine dauernde Anhaltung zur Nachbehandlung, da nur auf diese Weise das Leiden am zweckmäßigsten bekämpft werden könnte.

Schlußzusammenfassung:

1. 43 Diathermiefälle
   Recidive in 34,7 % der Fälle
2. 23 Kaustikfälle
   Recidive in 65,5 % der Fälle
3. 189 Excochleationsfälle
   Recidive in 53,2 % der Fälle
4. 144 Excisionsfälle (darunter 33 Plastiken)
   Recidive in 22,9 % der Fälle.

Literatur.

Arzt-Zieler: Haut- und Geschlechtskrankheiten. Berlin-Wien, 1934.

Bajohr: Heilungsaussichten bei Lupus vulgaris nach Excision des Herdes. Inaug.-Diss. München 1932.

Bordier: Diathermiebehandlung des Lupus. Rev. espanola de urol. y dermatol. Ref. i. Zentr.-Bl. f. Haut- u. Geschl.-Krh. Bd. 19, S. 763. v. Hörnicke.

Bresler: Ueber die Behandlung des Lupus vulgaris. Inaug.-Diss. Berlin 1917.

Darier: Grundriß der Dermatologie. Berlin 1913, S. 409 Abs. 11, S. 410 Abs. 1.

Dupuy-Dutemps: Lupus des Augenlides erfolgreich mit Excision und Ueberpflanzung behandelt. Zentralbl. f. Haut- u. Geschl.-Krh., Bd. 30, S. 367.

Francois u. Dekeyser: L'etat actuel des traitement des lupus et des tuberculoses cutaneés. Ref. i. Zentralbl. f. Haut- u. Geschl.-Krh. Bd. 24, 1927, v. Fried.

Gaté u. Pillon: Le lupus tuberculeux. Journ. de méd. de Lyon, Jg. 2 Nr. 40, S. 1175 ff. Ref. i. Zentralbl. f. Haut- u. Geschl.-Krh. 1922, Bd. 4, v. Dösseker.

Gougerot u. Filliol: Lupus vulgaire ayant subi une poussée extensive ala suite d'une érysipel. Ref. i. Zentralbl. f. Haut- u. Geschl.-Krh. 1927 Bd. 21, S. 324, v. Peters.

Grouven: aus dem Lehrbuch der Haut- u. Geschlechtskrankheiten, herausgegeben von Riecke. S. 421, Abs. 10 ff.

Handley: Lupus in its surgical aspects. Ref. i. Zentralbl. f. Haut- u. Geschl.-Krh. 1925, Bd. 18, S. 226, von Volk.

Heinrich: Ueber den Lupus vulgaris und seine Behandlung. Inaug.-Diss. Berlin 1930.

Immenkamp: Die Behandlung des Zahnfleischlupus mit der chir. Diathermie.

Jadassohn: Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Berlin 1931.

Jarisch: Die Hautkrankheiten. Wien u. Leipzig 1908, S. 509, Abs. 3 ff.

Jungmann: Aerztlicher Bericht von der Heilstätte für Lupuskranke. Wien u. Leipzig 1911, S. 54 ff.

Kalina: Behandlung des Lupus des Gesichtes bzw. der Nase mit Diathermie. Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngol. Jg. 60, Heft 4, S. 291—301.

Lewandowsky: Die Tuberkulose der Haut. Berlin 1916.

Louste u. Thibaut: Behandlung des Lupus vulgaris. Vergleich der Resultate verschiedener Methoden, Auskratzung, Kauterisation, Transplantation und Excision. Ref. i. Zentralbl. f. Haut- u. Geschl.-Krh. 1929, Bd. 28, S. 808, von Kromayer jun.

Moure: A propos du traitement chirurgical du lupus. Ref. Zentralbl. f. Haut- u. Geschl.-Krh. 1929, Bd. 28, S. 723.

Mracek: Handbuch der Hautkrankheiten. Wien 1907, Bd. 4, 1.
Nikolas: Zur Behandlung des krustigen vegetierenden oder ulcerierenden Lupus durch Skarifikation mit Aetzung mittels alk. Chlorzink. Bull. de la soc. franc. de dermat. et de Syphiligr. Jg. 1924, Nr. 3, S. 166 ff.
Nobl: Dauerresultat einer Ohrenplastik wegen Lupus vulgaris. Ref. i. Zentralbl. f. Haut- u. Geschl.-Krh. 1924, Bd. 13, S. 37.
O'Donovan: The Treatment of Lupus vulgaris. Ref. i. Zentralbl. f. Haut- u. Geschl.-Krh., Bd. 30, S. 242, von Steiger.
Poyet: Le traitment du lupus per la Diathermie. Chir. Ref. i. Zentralbl. f. Haut- u. Geschl.-Krh., Bd. 22, S. 880, von Saalfeld.
Scholtz: Diagnose, Differenzialdiagnose und Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten. S. 178 ff. Leipzig 1930.
Smith: Traitement chirurgical de lupus nasal. Ref. i. Zentralbl. f. Haut- u. Geschl.-Krh. 1923, S. 43, von Sobernheim.
Steindl: Beiträge zur Statistik des Lupus vulgaris. Ref. i. Zentralbl. f. Haut- u. Geschl.-Krh., Bd. 23, S. 560.
Videbe: On the local treatment of lupus vulg. of the nose and larynx by electrocoagulation. Ref. i. Zentralbl. f. Haut- u. Geschl.-Krh. 1924, von Leicher.
Volk: Der augenblickliche Stand der Lupusbehandlung. Sonderbeilage z. Med. Klinik. Jg. 1, Heft 3, S. 1—10, 1925.
— Die Tuberkulose der Haut. Berlin 1931, S. 550—565.
Wucherpfennig: Ueber das elektrische Schneiden mit der Drahtschlinge. Jena 1932.
Zieler-Jacobi: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. S. 277 ff.
v. Zumbusch: Therapie der Hautkrankheiten. Leipzig u. Wien 1908, S. 133, Abs. 4.

Lebenslauf.

Am 8. 12. 1911 wurde ich als Sohn des Färbereileiters Hubert Dörpinghaus in Saaz in Böhmen geboren. Nach fünfjähriger Volksschulzeit besuchte ich das dortige Realgymnasium und legte am 16. 6. 1930 die Reifeprüfung dieser Anstalt ab. Mein Medizinstudium begann ich im Wintersemester 1930/31 an der deutschen Universität in Prag, an der ich zwei Semester verblieb.

Nach drei Semestern an der Universität Jena bestand ich dort am 24. 2. 1933 die ärztliche Vorprüfung.

Auf ein weiteres Semester in Jena folgten zwei Semester an der Universität Bonn.

Meine letzten drei Semester studierte ich in München, wo ich am 20. 6. 1936 mein Medizinstudium mit dem med. Staatsexamen abschloß.

Herrn Prof. M o n c o r p s sage ich hiermit für die freundliche Ueberlassung des Themas sowie für die jederzeit hilfsbereite Beihilfe und die mir gestattete Einsichtnahme in die Krankenblätter meinen herzlichen Dank.